



Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca*

Quality of life of heart failure patients

Calidad de vida de portadores de insuficiencia cardíaca

Djanira Alzira Soares¹, Jucimari Aparecida de Souza Toledo², Luciana Farias dos Santos³, Rosilda Maria Beserra Lima⁴, Luzia Elaine Galdeano⁵

RESUMO

Objetivo: Identificar o nível de qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca; o grau de insuficiência cardíaca dos pacientes; a opinião dos portadores de insuficiência cardíaca quanto ao seu estado de saúde atual quanto comparada há um ano atrás. **Métodos:** A amostra foi composta por 30 portadores de insuficiência cardíaca atendidos em ambulatório de um hospital geral e público do município de Taboão da Serra - SP. Para a coleta de dados foi utilizado o Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36). **Resultados:** Os resultados do estudo permitiram identificar o nível de qualidade de vida em diferentes dimensões: aspectos físicos (08); aspectos emocionais (09); capacidade funcional (22); estado geral da saúde (34); dor (39); aspectos sociais (40); vitalidade (47) e saúde mental (53). **Conclusão:** Esse estudo pode contribuir para a melhora da assistência de enfermagem prestada a portadores de insuficiência cardíaca na medida em que ressalta as limitações vivenciadas por esses indivíduos, bem como o impacto dessas limitações em seu padrão de vida normal.

Descritores: Qualidade de vida; Insuficiência cardíaca congestiva; Doença crônica

ABSTRACT

Objective: To identify the level of quality of life of heart failure patients; the patients' degree of heart failure; the heart failure patients' opinion on their current health status in comparison with one year earlier. **Methods:** The sample was composed of 30 heart failure patients attended at an outpatient clinic of a general hospital in Taboão da Serra – SP, Brazil. The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36) was used for data collection. **Results:** The study results permitted the identification of the level of quality of life in different dimensions: role-physical (08); role-emotional (09); physical functioning (22); general health (34); bodily pain (39); social functioning (39); vitality (47) and mental health (53). **Conclusion:** This study can contribute to improve nursing care delivery to heart failure patients to the extent that it highlights the limitations these persons experience, as well as how they influence their normal way of life.

Keywords: Quality of life; Heart failure, congestive; Chronic disease

RESUMEN

Objetivo: Identificar el nivel de calidad de vida de portadores de insuficiencia cardíaca; el grado de insuficiencia cardíaca de los pacientes; la opinión de los portadores de insuficiencia cardíaca en cuanto a su estado de salud actual en comparación al año anterior. **Métodos:** La muestra estuvo compuesta por 30 portadores de insuficiencia cardíaca atendidos en consulta externa de un hospital general y público del municipio de Taboão da Serra - SP. Para la recolección de datos fue utilizado el Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36). **Resultados:** Los resultados del estudio permitieron identificar el nivel de calidad de vida en diferentes dimensiones: aspectos físicos (08); aspectos emocionales (09); capacidad funcional (22); estado general de la salud (34); dolor (39); aspectos sociales (40); vitalidad (47) y salud mental (53). **Conclusión:** Este estudio puede contribuir en la mejoría de la asistencia de enfermería brindada a portadores de insuficiencia cardíaca en la medida en que resalta las limitaciones vivenciadas por esos individuos, así como el impacto de esas limitaciones en su patrón de vida normal.

Descritores: Calidad de vida; Insuficiencia cardíaca congestiva; Enfermedad crónica

* Estudo realizado no Hospital Geral de Pirajussara, município de Taboão da Serra – São Paulo (SP), Brasil.

¹ Enfermeira do Hospital Alvorada – São Paulo (SP), Brasil.

² Enfermeira Especialista em Enfermagem Clínica e Cirúrgica pela Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (FEHLAE) (in memoriam)

³ Enfermeira do Premier Residence Hospital - São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Enfermeira do Hospital Geral de Pirajussara - São Paulo (SP), Brasil.

⁵ Doutora em Enfermagem pelo Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem – EE/USP e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/ USP. Docente da FEHLAE – São Paulo (SP), Brasil

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas, em especial as doenças cardiovasculares, têm recebido maior atenção dos profissionais de saúde nas últimas décadas, devido à alta morbimortalidade⁽¹⁾. O Departamento de Informática e Informação do Sistema Único de Saúde⁽²⁾ notificou, no mês de janeiro de 2006, o total de 186521 casos de hospitalizações com diagnóstico de insuficiência cardíaca (IC) no Estado de São Paulo.

O avanço terapêutico e tecnológico em saúde fez com que a sobrevivência de portadores de doenças crônicas aumentasse consideravelmente⁽³⁾ sendo assim, a avaliação da qualidade de vida (QV), relacionada à saúde (Health Related Quality of Life – HROQL) tornou-se de fundamental importância nos últimos tempos.

Segundo a literatura atual⁽⁴⁻⁵⁾, por se tratar de algo complexo, que envolve conceitos multidimensionais, que relacionam aspectos físicos, psicológicos e espirituais do indivíduo, não há definição consensual de QV. Atualmente a QV pode ser definida de duas maneiras - de forma genérica ou relacionada à saúde. De maneira geral, a definição mais difundida atualmente é a da Organização Mundial da Saúde que a define como a percepção que o indivíduo tem da sua vida, considerando seu contexto cultural, seus valores e seus sentimentos, expectativas e necessidades. Esse conceito engloba dimensões amplas, como o bem-estar físico, mental e social, e a relação desses aspectos com o ambiente em que vive. De acordo com esse conceito, ter QV significa não apenas que o indivíduo tenha saúde física e mental, mas que esteja bem consigo, com a vida e com as pessoas com quem convive, capaz de reagir de forma satisfatória frente aos problemas e ter controle sobre os acontecimentos do cotidiano⁽⁶⁾. A conceituação de QV relacionada à saúde (HRQOL) agrega e relaciona os aspectos envolvidos na definição genérica, com a questão da doença e das intervenções em saúde⁽⁷⁾.

O conceito de HROQL é mais amplo que a definição de QV apresentada pela OMS, pois inclui dentro da percepção de saúde física e mental, outros aspectos como, por exemplo, a capacidade funcional, os aspectos físicos, sociais e econômicos e outros aspectos relacionados ao processo saúde-doença⁽⁷⁾.

A HROQL pode ser avaliada de forma individual ou de forma coletiva. Ao avaliar a HROQL de um indivíduo deve-se considerar a relação da saúde física, mental e social com os seguintes fatores: riscos e condições de saúde, exposição à doença, predisposição genética, estado funcional, suporte social e condição socioeconômica. Ao avaliar a HROQL de uma comunidade deve-se considerar os recursos, as condições, as políticas e as práticas que podem influenciar a percepção de saúde e a capacidade funcional da população⁽⁷⁾.

Com base na produção de conhecimento sobre HRQOL, é possível concluir que a temática constitui uma variável importante na prática clínica⁽⁴⁾. Observa-se que os estudos nessa área estão aumentando consideravelmente, com o objetivo de mensurar a QV em pacientes portadores de diferentes doenças^(1, 8-15) e submetidos a diversos tratamentos⁽¹⁴⁻¹⁸⁾, contribuindo para o aprimoramento de sua definição e avaliação.

Em geral, os portadores de problemas cardíacos sofrem modificação em seu padrão de vida normal, em virtude da incapacidade para executar determinadas tarefas cotidianas, decorrente dos sinais e sintomas da IC (dor ou desconforto precordial, dispnéia, ortopnéia, palpitação, síncope, fadiga e edema)⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Em um estudo foi descrita a dificuldade desses indivíduos em conviver com as alterações que a doença cardíaca impõe no cotidiano e com os sentimentos ameaçadores que surgem em virtude das restrições a que são submetidos⁽²¹⁾.

O impacto e a interferência negativa da IC na vida das pessoas são notáveis, sendo assim, o enfermeiro deve estar preparado para prestar assistência de forma a atender, não somente às necessidades biológicas dos pacientes, mas também as necessidades psicossociais, levando-o a superar limitações e adquirir mecanismos de enfrentamento.

OBJETIVOS

Identificar a qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca.

Identificar o grau da insuficiência cardíaca dos pacientes.

Identificar a opinião dos portadores de insuficiência cardíaca quanto ao seu estado de saúde atual quando comparada há um ano atrás.

MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido em ambulatório de um hospital geral, governamental, do Município de Taboão da Serra - SP, que atende à população mediante o Sistema Único de Saúde.

A coleta de dados foi realizada no mês de agosto de 2006, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Albert Einstein Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa, n.º 06/436.

Fizeram parte da amostra 30 portadores de insuficiência cardíaca (independente do grau) que foram atendidos no campo de estudo no mês de agosto desse ano. Critérios de inclusão no estudo: serem capazes de responder verbalmente ao instrumento de pesquisa e aceitarem em participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para o estudo, foi utilizado um instrumento composto por três partes: a primeira consiste de um questionário para o registro dos dados de identificação da amostra,

a segunda de outro questionário, composto por questões fechadas, destinado à investigação do grau da IC, e a terceira refere-se ao Medical Out comes Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36), um instrumento validado e disponível para a utilização no Brasil⁽²²⁾.

Optou-se pelo SF-36 por ser um instrumento amplamente usado em vários países, sendo encontrado na literatura em vários idiomas. Tal instrumento está constituído de 36 itens, agregados em oito dimensões ou domínios.

Para facilitar a compreensão do SF-36, apresenta-se, a seguir, cada uma das dimensões:

- capacidade funcional (dez itens) – dimensão que corresponde à capacidade e às dificuldades do indivíduo em executar atividades comuns do seu cotidiano;

- aspectos físicos (quatro itens) - dimensão que reflete a ocorrência de problemas no trabalho ou no dia-a-dia do indivíduo, em consequência do seu estado de saúde;

- dor (dois itens) - dimensão que reflete a presença de dor, bem como a sua intensidade e a repercussão dessa experiência no trabalho e em casa;

- estado geral de saúde (cinco itens)- dimensão que reflete a percepção e as expectativas, do indivíduo em relação à sua saúde;

- vitalidade (quatro itens)- dimensão que reflete a percepção do indivíduo em relação à sua energia e disposição para realizar as atividades diárias frente aos últimos acontecimentos;

- aspectos sociais (dois itens) - dimensão que reflete o quanto a saúde física e/ou os problemas emocionais do indivíduo interferem no relacionamento social e nas atividades em grupo, isto é, no relacionamento com a família, com os vizinhos e com os amigos;

- aspectos emocionais (três itens)- dimensão que reflete a ocorrência de problemas no trabalho ou em casa, decorrentes de problemas emocionais como depressão ou ansiedade;

- saúde mental (cinco itens)- dimensão que reflete a percepção do indivíduo em relação ao humor e ao seu estado emocional frente aos últimos acontecimentos⁽²²⁾.

Ressalta-se que existe um item (o segundo) do SF-36, que corresponde à questão nº2, que não está

relacionada à avaliação das dimensões apresentadas anteriormente, e sim a percepção do paciente em relação ao seu estado de saúde atual quando comparado ao de um ano atrás.

De acordo com o referencial metodológico, após a aplicação do instrumento foram atribuídos pontos, seguindo um sistema próprio de codificação e pontuação⁽²²⁾. Cada dimensão é analisada separadamente e recebe um escore que pode variar de 0 a 100, sendo 0 considerado o pior estado de saúde e 100 o melhor estado.

Os dados foram organizados e armazenados a partir do aplicativo MS Excel XP. Os dados foram digitados duas vezes (validação por dupla entrada) com a finalidade de identificar possíveis erros de transcrição.

A distribuição de frequência foi realizada mediante a utilização do programa estatístico Statal Package for Social Science (SPSS), versão 15.0.

RESULTADOS

Dos 30 pacientes que participaram do estudo, 16 (53,0 %) eram do sexo masculino e 14 (47,0%) do sexo feminino.

A faixa etária predominante foi a de 60 a 79 anos, identificada em 17 pacientes (56,7%).

Quanto ao estado civil, identificou-se que 13 (43,3%) pacientes eram casados, 10 (33,3%) viúvos, 5 (16,7%) solteiros e 2 (6,7%) separados.

O nível da escolaridade predominante na amostra foi o ensino fundamental incompleto, identificado em 17 (56,7%) pacientes.

A seguir, apresentam-se os dados referentes à pontuação dos pacientes de acordo com o SF-36.

Assim, de acordo com os resultados da Tabela 1, observa-se que, das oito dimensões de QV avaliadas, em sete foram identificados escores abaixo de 50.

A seguir, apresenta-se a distribuição dos pacientes segundo a classificação funcional da IC.

A Tabela 2, mostra que 26 (86,6%) pacientes apresentaram IC classe funcional II e III.

Tabela 1 – Pontuação do SF-36 de pacientes portadores de insuficiência cardíaca por dimensões - Ambulatório de Cardiologia do Hospital Geral de Pirajussara, SP - agosto/2006

Dimensões	Média	Mediana	Desvio Padrão	Valor Máximo	Valor Mínimo
Saúde mental	53	52	14,8	80	16
Vitalidade	47	50	19,0	80	10
Aspectos sociais	40	50	16,0	75	0
Dor	39	41	12,9	64	0
Estado geral de saúde	34	30	19,2	67	5
Capacidade funcional	22	20	20,9	90	0
Aspectos emocionais	09	0	23,0	100	0
Aspectos físicos	08	0	16,5	50	0

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes segundo a classificação funcional da IC - Ambulatório de Cardiologia do Hospital Geral de Pirajussara, SP - agosto/2006

Classificação funcional da IC*	N	%
Grau I	2	6,7
Grau II	13	43,3
Grau III	13	43,3
Grau IV	2	6,7
Total	30	100,0

*Classificação funcional da insuficiência cardíaca, segundo a New York Heart Association – The Criteria Committee of the New York Heart Association. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels. 9th ed. Boston, Mass: Little, Brown & Co; 1994:253-256.

A seguir, será apresentada a opinião dos pacientes em relação ao seu estado de saúde quando comparada há um ano atrás.

Tabela 3 – Opinião dos portadores de IC quanto ao seu estado de saúde, quando comparada há um ano atrás- Ambulatório de Cardiologia do Hospital Geral de Pirajussara, SP - agosto/2006

Estado geral de saúde	N	%
Um pouco pior agora do que há um ano	18	60,0
Um pouco melhor agora do que há um ano	5	17,0
Quase o mesmo de um ano atrás	4	13,0
Muito melhor agora do que há um ano	2	7,0
Muito pior agora do que há um ano	1	3,0
Total	30	100,0

A Tabela 3 mostra que a maioria dos integrantes da amostra percebeu seu estado de saúde como um pouco pior do que há um ano.

DISCUSSÃO

Observa-se, na Tabela 1, que os aspectos físicos e os aspectos emocionais representaram as dimensões mais comprometidas nos pacientes que participaram desse estudo, com pontuação igual a oito e nove, respectivamente. Esses resultados são similares aos encontrados em outros estudos, nos quais foi identificado comprometimento dos aspectos físicos em pacientes portadores de doença arterial coronariana em tratamento clínico⁽¹¹⁾ e em pacientes idosos com insuficiência cardíaca⁽²³⁾.

Sabe-se que os portadores de IC normalmente apresentam intolerância à atividade, definida pela North American Nursing Diagnosis Association⁽²⁴⁾ como estado no qual um indivíduo tem energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias, requeridas ou desejadas. Em um estudo no qual foram identificados os diagnósticos de enfermagem de pacientes que se encontravam no período pré-operatório de cirurgia cardíaca, a categoria

diagnóstica intolerância a atividade foi identificada em 13 (88,2%) dos 17 pacientes avaliados⁽²⁰⁾. Essa intolerância pode ser justificada pelo desconforto respiratório, fadiga e palpitação que esses pacientes sentem ao desenvolver suas atividades diárias, em virtude da incapacidade do coração manter um débito cardíaco suficiente para satisfazer as necessidades teciduais de oxigênio e da redução do fluxo sanguíneo periférico. Além disso, alguns estudos⁽²⁵⁻²⁶⁾ comprovaram que os portadores de insuficiência cardíaca também apresentam alterações morfológicas e metabólicas na musculatura esquelética, interferindo na capacidade desses indivíduos em realizar determinadas atividades.

Segundo pesquisadores, os pacientes com insuficiência cardíaca crônica apresentam alteração da resistência muscular, independente do baixo débito cardíaco, ou do inadequado fluxo sanguíneo periférico⁽²⁶⁾. Estudiosos dessa área identificaram alterações citoquímicas na musculatura esquelética de pacientes com insuficiência cardíaca, a partir da observação da redução substancial de mitocôndrias em suas fibras musculares esqueléticas o que poderia acarretar depressão da capacidade oxidativa durante o trabalho muscular⁽²⁵⁾.

Além dos fatores fisiológicos envolvidos na diminuição da capacidade do indivíduo para realizar atividades físicas diárias, existem os fatores psicológicos como o medo e a ansiedade, relacionados ao estado de saúde alterado, que levam a pessoa a momentos de introspecção e depressão. Nesses momentos, o paciente tende a permanecer a maior parte do tempo deitado e a diminuir todas as suas atividades cotidianas⁽²⁰⁾.

Na Tabela 1 é possível observar que a dimensão capacidade funcional (capacidade de realizar atividades comuns do seu dia-a-dia) também está comprometida, visto que foi identificado escore de 22 no SF-36. Esse comprometimento pode estar relacionado à intolerância a atividades, apresentada por esses pacientes. Em um estudo, no qual foi avaliada a QV de pacientes que se encontram no período pré-operatório de reconstrução ventricular⁽¹⁷⁾, identificou-se escore semelhante, na dimensão capacidade funcional.

Quanto ao estado geral de saúde, identificou-se escore de 34, o que indica que os portadores de IC têm a percepção real de suas limitações físicas.

A dor, experiência sensorial e emocional associada a um trauma ou a uma doença, foi mais uma dimensão identificada como comprometida (39 pontos no SF-36). Acredita-se que dor cardíaca (resultante da isquemia miocárdica sem infarto) estimule a liberação de substâncias ácidas, como o ácido lático ou outros produtos como a histamina, as cininas ou as enzimas proteolíticas celulares. Concentrações elevadas dessas substâncias estimulam as terminações dolorosas do músculo cardíaco, e impulsos de dor são conduzidos

até o sistema nervoso central⁽²⁷⁾.

Os resultados apresentados na Tabela 1 mostram que os aspectos sociais também estão prejudicados (40), interferindo de forma negativa na QV do indivíduo. Esses resultados refletem o comprometimento que o indivíduo, portador de IC, apresenta em seu relacionamento familiar, com vizinhos e amigos, e nas atividades em grupo, podendo constituir fator de risco para quadros depressivos.

Quanto à dimensão vitalidade (força, energia e disposição do paciente para realizar suas atividades habituais), identificou-se 47 pontos no SF - 36, constituindo a maior pontuação obtida na amostra, porém distante da pontuação máxima.

Em relação à Tabela 2, observa-se que 13 (43,3%) pacientes apresentam IC classe funcional II, caracterizada por ausência de sintomas em repouso e presença de palpitação, fadiga, dispnéia ou angina aos pequenos e médios esforços e 13 (43,3%) pacientes IC classe funcional III, caracterizada por presença de sintomas e limitação física aos pequenos esforços. Esse resultado já era esperado, visto que a amostra foi constituída por pacientes atendidos no ambulatório de cardiologia. Tais resultados podem ser justificados pelo fato de os pacientes com IC grau I normalmente não apresentarem sintomas e, portanto, não possuírem conhecimento sobre a presença da doença, possivelmente não procurarem atendimento médico, e os pacientes com IC grau IV (devido à exacerbação dos sintomas) estarem em tratamento clínico em unidade de cuidados intensivos ou à espera da cirurgia cardíaca.

Quanto à opinião dos portadores de IC sobre o seu estado atual de saúde, quando comparado àquele de um ano atrás, observa-se, na Tabela 3, que 18 (60,0%) pacientes referiram estar um pouco pior agora do que há um ano. Esse resultado induz ao seguinte questionamento: se a amostra desse estudo foi constituída de pacientes que faziam acompanhamento ambulatorial e, portanto, de pacientes que estavam em tratamento clínico e sob avaliação periódica da equipe de saúde, por que a percepção dos pacientes de estarem um pouco pior do

que há um ano? Será que as atividades de ensino para o paciente, em relação à terapia medicamentosa e ao controle da sintomatologia estavam sendo eficazes?

A educação em saúde constitui uma atividade essencial para gerar mudanças de comportamento e amenizar ou erradicar os sinais e sintomas de uma doença. É necessário que o enfermeiro tenha conhecimento e habilidade para ensinar e, assim, contribuir para a mudança de estilo de vida e a melhora do estado de saúde do paciente e, conseqüentemente, para a melhora da sua QV.

CONCLUSÃO

Com os resultados desse estudo foi possível concluir que: os aspectos físicos e emocionais constituíram dimensões de maior impacto na vida dos portadores de IC que participaram deste estudo, sendo identificadas as pontuações oito e nove, respectivamente; das oito dimensões avaliadas, sete apresentaram escore inferior a 50 (vitalidade 47, aspectos sociais 40, dor 39, estado geral da saúde 34, capacidade funcional 22, aspectos emocionais 9 e aspectos físicos 8); 13 (43,3%) pacientes eram portadores de IC grau II, e grau III eram respectivamente, e 18 (60,0 %) pacientes perceberam sua saúde como um pouco pior, quando comparada há um ano atrás.

Tendo em vista a importância das ações de enfermagem para o aumento da QV de pacientes portadores de IC, faz-se necessária a realização de mais estudos relacionados a essa área.

Devido ao número reduzido de atendimentos ambulatoriais em cardiologia, realizados no período de coleta de dados, este estudo foi realizado com amostra pequena, não sendo possível utilizar testes de estatística inferencial para fazer generalizações. Sendo assim, torna-se fundamental a realização de novos estudos com pacientes portadores de IC, tendo a finalidade de identificar as dimensões da QV comprometidas nesses pacientes e, conseqüentemente, contribuir para o aumento da qualidade da assistência de enfermagem prestada.

REFERÊNCIAS

1. Martins MRI, Cesarino CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13(5): 670-6.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) [Internet]. 2006 [citado 2006 Mar 14]. Disponível em: <http://datasus.gov.br/>
3. Colucci WS, Braunwald E. Aspectos clínicos da insuficiência cardíaca. In: Braunwald E, Zipes DP, Libby P. *Tratado de medicina cardiovascular*. 6a ed. São Paulo: Roca; 2003. p. 539-68.
4. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health*. 2004; 20(2): 580-8.
5. Dantas RAS, Sawada NO, Malerbo MB. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. *Rev Latinoam Enferm*. 2003; 11(4): 532-8.
6. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41(10): 1403-9.
7. Measuring Healthy Days. Population Assessment of Health-Related Quality of Life. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Division of Adult and Community Health [Internet]. Atlanta-Georgia: CDC; 2000 Nov [cited 2007 May 16]. Available: [form: http://www.cdc.gov/hrqol/pdfs/mhd.pdf](http://www.cdc.gov/hrqol/pdfs/mhd.pdf)
8. Teixeira MCD. Avaliação de qualidade de vida em

- candidatos à doação de sangue, portadores do vírus da hepatite C [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2005.
9. Vall J, Braga VAB, Almeida PC. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. *Arq Neuropsiquiatr.* 2006; 64(2B): 451-5.
 10. Santos AMB, Assumpção A, Matsutani LA, Pereira CAB, Lage LV, Marques AP. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Rev Bras Fisioter.* 2006; 10(3): 317-24.
 11. Favarato MECS, Favarato D, Hueb WA, Aldrighi JM. Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: comparação entre gêneros. *Rev Assoc Med Bras.* (1992). 2006; 52(4): 236-41.
 12. Seidl EMF, Zannon CMLC, Tróccoli BT. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicol Reflex Crit.* 2005; 18(2): 188-95.
 13. Mohan A, Mohan C, Pathak AK, Pandey RM, Guleria R. Impact of chronic obstructive pulmonary disease on respiratory status and quality of life in newly diagnosed patients with lung cancer. *Respirology.* 2007; 12(2): 240-7.
 14. Khoudri I, Ali Zegwagh A, Abidi K, Madani N, Abouqal R. Measurement properties of the short form 36 and health-related quality of life after intensive care in Morocco. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2007; 51(2): 189-97.
 15. Vermuelen KM, Vander Bij W, Erasmus ME, TenVergert EM. Long-term health-related quality of life after lung transplantation: different predictors for different dimensions. *J Heart Lung Transplant.* 2007; 26(2): 188-93.
 16. Gonçalves FDP, Marinho PEM, Maciel MA, Galindo Filho VC, Dornelas AA. Avaliação da qualidade de vida pós-cirurgia cardíaca na fase I da reabilitação através do questionário MOS SF-36. *Rev Bras Fisioter.* 2006; 10(1): 121-6.
 17. Sartipy U, Albage A, Lindblom D. Improved health-related quality of life and functional status after surgical ventricular restoration. *Ann Thorac Surg.* 2007; 83(4): 1381-7. Comment in: *Ann Thorac Surg.* 2007;83(4):1387-8.
 18. Abreu IS. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise no município de Guarapuava – PR [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005.
 19. Hurst JW. Exame inicial para o diagnóstico cardiovascular. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p. 29 - 30.
 20. Galdeano LE. Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período perioperatório de cirúrgica cardíaca [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2002.
 21. Pires CA, Sharovsky LL, Romano BW. Coronariopatas e valvopatas: impacto emocional da cirurgia cardíaca. Estudo comparativo. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo.* 1994; 4(5 Suppl A):1-7.
 22. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida “Medical outcomes study 36- item short-form health survey (SF-36)” [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 1997.
 23. Witham MD, Crighton LJ, McMurdo ME. Using an individualised quality of life measure in older heart failure patients. *Int J Cardiol.* 2007; 116(1): 40-5.
 24. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2007.
 25. Drexler H, Riede U, Münzel T, König H, Funke E, Just H. Alterations of skeletal muscle in chronic heart failure. *Circulation.* 1992; 85(5): 1751-9.
 26. Minotti JR, Christoph I, Oka R, Weiner MW, Wells L, Massie BM. Impaired skeletal muscle function in patients with congestive heart failure. Relationship to systemic exercise performance. *J Clin Invest.* 1991; 88(6): 2077-82.
 27. Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 10a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.